

## بررسی تحولات و ویژگیهای PTSD ناشی از جنگ تحمیلی در ایران :

محمد ابراهیم مداحی

عضو هیات علمی دانشگاه شاهد

### چکیده:

پژوهش حاضر که از مهرماه سال ۱۳۷۰ تا شهریور ۱۳۷۱ صورت گرفته به بررسی تحول اختلال استرس پس از ضربه PTSD در رزمندگانی که به علل حوادث ضایعه گر روانی (تروما) که فراتر از تجربه معمولی فرد است، و یا موج انفجار، جراحات فیزیکی و شیمیایی، دچار اختلال استرسی پس از ضربه شده‌اند. پرداخته است.

هدف این بررسی، ارزیابی روند تحولی این اختلال و توصیف بیماران مورد نظر از جهات سن، شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی، در صد معلولیت، رسته نظامی، مدت حضور در جبهه، سیمای بالینی، نوع و میزان خدمات دریافتی درمانی و حمایتی و رابطه آن با شدت بیماری بوده است. سپس اقدام به معاینه مجدد از طریق ابزار معتبر به منظور ارزیابی وضعیت بیماری نمونه مورد بررسی، نموده است.

نتایج این تحقیق حاکی از این است که ۹۲٪ از افراد ترخیص شده همچنان به اختلال مزبور مبتلا هستند و این در حالی است که تصور می شود بهبودی کامل یافته‌اند. این بیماری با گذشت زمان میل به مزمن شدن داشته و ممکن است تا چهل سال پس از جنگ نیز باقی بماند. بیماری مذکور برای بسیاری از رزمندگان جنگ هرگز پایان نداشته است. آنان در ذهنشان به آنجا (میدان جنگ) پرواز می کنند و خاطراتشان را دوباره زنده می کنند. ۵۸٪ شدیداً تحریک پذیر، ۶۱٪ ناسازگاری شغلی، خانوادگی و اجتماعی و ۹۸٪ در خواب یا بیداری حادثه تروما را همواره تجربه می کنند. یافته های این پژوهش حاکی از عدم موفقیت سیستم درمانی و حمایتی ارائه شده به این قشر می باشد.

**- مقدمه**

اخیراً این مطلب مورد توجه قرار گرفته که در زندگی اشخاصی که از بلاهای غیر مترقبه جان سالم بدر برده‌اند تغییرات چشمگیری روی می‌دهد، که از آن به عنوان اختلال استرسی پس از سانحه نام برده می‌شود. اختلال استرسی پس از سانحه (که به غلط در جامعه افراد مبتلا به آن را موجی نام می‌برند) اشاره به یک سری علائم روانی که فرد در واکنش به یک حادثه مصیبت بار بروز می‌دهد، دارد. اگر چه اعتبار این سندروم هنوز جای بحث دارد، اما از اصطلاح PTSD به طور روز افزونی استفاده می‌شود و به عنوان یک ماهیت بالینی ویژه نیز مستلزم دریافت سیستم درمانی و حمایتی خاص می‌باشد. این عارضه حداقل به مدت ۶ ماه و حداکثر به مدت سی سال پس از رویداد حادثه در اشخاص باقی می‌ماند.

این اختلال در کسانی پیدا می‌شود که استرس روانی یا جسمی بیش از حد معمول را تجربه می‌کنند. این تجارب مواردی چون جبهه و جنگ، سوانح طبیعی، مورد حمله واقع شدن، تجاوز به عنف و یا جان سالم به در بردن از یک حادثه وحشتناک، را شامل می‌شود اختلال موصوف دارای سه ویژگی عمده است:

۱- تجربه مجدد حادثه از طریق رویاها و یاد در بیداری ۲- کمرختی در مقابل سایر تجارب زندگی از جمله روابط اجتماعی ۳- بروز علائمی چون بی‌ثباتی، برانگیختگی سریع، افسردگی، ناسازگاری و مشکلات شناختی.

**- تعریف و ضرورت مسأله**

در نتیجه جنگی که حدود هشت سال از سوی ابر قدرتهای شرق و غرب بر جامعه ایران تحمیل گردید، مراکز درمانی کشور پذیرای بسیاری از بیماران موسوم به PTSD بودند که در زمینه سازگاری خود دچار اشکال شده بودند.

احساس ناکامی و سرخوردگی در بین این گروه از بیماران محصول عدم موفقیت اقدامات درمانی بوده و بعضاً واکنشهای بیمارگونه این بیماران به حساب تمارض گذاشته می‌شود؛ غافل از اینکه تمارض، خود یکی از علائم وجود این بیماری می‌باشد و در نتیجه نوعی بی‌توجهی در امر باز توانی و باز پروری آنان قابل مشاهده می‌باشد. این عده به دلیل عدم موفقیت در انطباق و سازگاری با شرایط محیطی، مشکلات

فراوانی برای خود و اطرافیان فراهم می‌سازند. متأسفانه دامنه برخورد و تصادم بین افراد موصوف، از حد خانواده و اطرافیان گذشته و دامنگیر جامعه و نهادهای اجتماعی شده است.

گذشت نسبتاً طولانی از زمان جنگ و احساس ناکامی و سرخوردگی در بین این گروه از بیماران و به نتیجه نرسیدن کشمکشهای مربوط به اثبات بیماری از یک سو و ضعف و نامتناسب بودن حمایت‌های درمانی، اجتماعی و عاطفی از سوی دیگر موجب شده که بعضاً حوادث و صحنه‌های دلخراشی اتفاق بیفتد که وجدان عمومی را جریحه دار نماید.

این مشکلات و ناکامی‌ها از سوی ستاد فرماندهی کل نیروهای مسلح به استحضار مقام معظم رهبری و فرماندهی کل قوا رسید و ابلاغ معظم له جهت رسیدگی و بررسی‌های مربوطه مبنای این پژوهش قرار گرفت. لازم به تذکر است، فقدان یا قلت تحقیقات انجام شده در این خصوص مانع از توفیق دست‌اندرکاران در ارائه خدمات درمانی و حمایتی مناسب به این قشر شده است.

### - تاریخچه بیماری

اولین بار شخصی به نام ویلیام هاموند،<sup>(۱)</sup> طی جنگ‌های انفصالی آمریکا به مسئله عوارض روانی جنگ در سربازان توجه کرد و آنرا تحت عنوان "درد دوری از یار و دیار"<sup>(۲)</sup> مطرح نمود.

در جنگ جهانی اول این سندروم (بیماری) به نام موج انفجار نامیده شد و چنین فرض شد که ضربه مغزی توسط انفجار نارنجک پدید می‌آید.

بعضی از مصدومین روانی جنگ جهانی اول که به ظاهر به نظر می‌رسید که از دشمن ترس دارند، دچار حالت‌هایی چون بهت زدگی، رعشه و لرزش که گاهی همراه با گیجی بود؛ می‌شدند. همچنین رفتارهای نامربوط همراه با علامتهای مرضی از آنها ظاهر می‌شد.

این عوارض در افرادی که نزدیک به موج انفجار بودند مشاهده می‌شد، از آن پس

واژه شوک انفجار برای آنها انتخاب شد که عده کثیری از متخصصین علت آنرا ضربه فیزیکی و تکان مغزی و آسیبهای تشریحی مغزی می دانستند. در جنگ کره (۱۹۵۰) روانشناسان به این نتیجه رسیدند که اختلالات ناشی از جنگ فقط در افرادی با زمینه شخصیتی ضعیف و رشد نیافته بروز می کند. در سال ۱۹۹۸ در نظام نامه تشخیص انجمن روانپزشکان<sup>(۱)</sup> این بیماری اینگونه تعریف شده است:

« اختلال زود گذر شدیدی که در افراد بدون سابقه اختلال روانی در پاسخ به استرس روانی یا فیزیکی خاص مثل سوانح مصیبت بار و جنگ روی می دهد و بیش از چند ساعت و چند روز ادامه نمی یابد.»

### پیشینه پژوهشی:

یکی از پژوهشهای انجام شده در این باره تحقیقی است که در سال ۱۹۸۹ به وسیله آر. جی مک فاری<sup>(۲)</sup>، ای جی میکینگ<sup>(۳)</sup>، ام جی مارازو<sup>(۴)</sup> انجام گرفت. در این پژوهش نمونه وسیعی از افراد مبتلا به اختلال PTSD به پرسشنامه ای پاسخ دادند که مشکلاتی در گذشته و حال همراه با نشانگان مرضی مربوط به اختلال استرسی پس از ضربه داشته اند. افراد مورد بررسی دارای تجربه تروما همراه با ۵۶٪ از نشانگان مرضی مربوط به PTSD بوده اند. نتایج این تحقیق نشان داد که افراد مبتلا به PTSD الگوی ثابتی از نشانگان مرضی جاری را نشان ندادند ولی کم و زیاد شدن مشکلات تا بیش از ۴۰ سال وجود دارد.

شدت تجربه تروما رابطه ای با نشانگان مرضی جاری نداشت، ولی مدت زمان اسارت رابطه نیرومندی باثبات و پایداری اختلال PTSD دارد و سپس اینگونه نتیجه گیری می کند که PTSD پدیده بسیار پایداری است که متغیرهای شخصی در ایجاد و رشد و ابقاء آن نقش موثری دارد.

تحقیق دیگری بوسیله سلمان زد<sup>(۱)</sup>، میکرلین سرام<sup>(۲)</sup>، نلوم هاش<sup>(۳)</sup>، در سال ۱۹۸۹ بر روی ۲۵۵ نفر از سربازان اسرائیلی که در طول جنگ ۱۹۸۲ لبنان به اختلال استرسی پس از ضربه مبتلا شده بودند انجام گرفت. مهمترین یافته های این پژوهش عبارت بود از اینکه از زمان تجربه تروما جنگی تا زمان تحقیق که حدود هشت سال بود همچنان سربازان از اختلال مزبور رنج می بردند و بین وقایع مثبت و منفی زندگی و اختلال استرسی پس از ضربه رابطه معناداری وجود دارد.

پژوهش بعدی در سال ۱۹۸۹ به وسیله پیتمن آرکا<sup>(۴)</sup>، آلتمن بی<sup>(۵)</sup>، مکنینگ ام ال<sup>(۶)</sup>، بر روی ۱۵۶ سرباز ویتنامی انجام گرفت. این عده در جنگ ویتنام مجروح و دچار اختلال استرسی پس از ضربه شده بودند هدف این تحقیق ارزیابی تحول اختلال PTSD به وسیله پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بود.

مهمترین نتایج این پژوهش این بود که ۴۰٪ دارای تشخیص اختلال PTSD در تمام طول عمر و ۸۱٪ آنها واجد علائم PTSD در زمان تحقیق بودند.

تحقیق دیگری توسط «سلمان زد» در سال ۱۹۸۹ تحت عنوان عواقب روان شناسی جنگ و چشم انداز مطالعه سه ساله علل واکنش استرس مربوط به جنگ در سربازان اسرائیلی انجام گرفت.

عواقب روانشناسی بلند مدت میدان جنگ با استفاده از مقیاس تاثیر وقایع (Impact of events scale=LES) در یک و دو و سه سال بعد از جنگ ۱۹۸۲ لبنان مورد ارزیابی قرار گرفت. این ارزیابی دو گروه آزمایشی شامل ۲۱۳ نفر افراد مبتلا به PTSD و گروه گواه ۱۱۶ نفر از افراد (غیر مبتلا) را در بر می گرفت. با توجه به هدف تحقیق، آزمودنیهای هر گروه بر روی صفحه تلویزیون نشان داده شدند که البته به دو گروه که آیا از PTSD رنج می برند یا نمی برند، تقسیم شده اند.

نتایج نشان داد که میزان اختلال PTSD در هر سه زمان (سال اول، دوم، سوم) به علت واکنش استرسی جنگ افزایش یافته و در هر دو گروه (کنترل و آزمایشی)، سطح

1 - Solomon . z

2 - Micrlin . Seram

3 - Nelom . H

4 - Arca - Pitman

5 - Altman . B

6 - Menig . M . L

آشفته‌گی با گذشت زمان کاهش یافته است. پژوهش دیگری توسط "فنیستین"<sup>(۱)</sup> در سال ۱۹۸۹ تحت عنوان اختلال استرسی پس از ضربه و مطالعه توصیفی معیارهای DSM III - R<sup>(۲)</sup> انجام گرفت. مهمترین یافته این پژوهش این است که اختلال استرس پس از ضربه به همان صورتی که توسط DSM III تریب شده است به عنوان یک تشخیصی کلی باقی مانده است. این مطالعه توصیفی که توسط محقق فوق در یک منطقه جنگی انجام شد، تغییرات داده شده در معیارهای DSM III R را مورد تایید قرار داد. تحقیقی نیز در سال ۱۳۶۵ توسط دکتر سید کاظم علوی فاضل بر روی ۷۸۵ پرونده بیمار نیروهای مسلح در بیمارستان گلستان اهواز انجام گرفته، که بر ۳۵۴ مورد آنها تشخیص «نوروز جنگ» (War Nexrosis) داده شده است. در این مقاله نخست به تعریف و توضیح مکانیسم به وجود آمده «نوروز جنگ» پرداخته و پس از آن به پاره‌ای از آمار مربوط به علائم و نشانه‌ها و تشخیص‌های موارد «نوروز جنگ» که به در مانگاه یاد شده مراجعه کرده‌اند؛ اشاره کرده و سپس پیشنهادهای در جهت پیشگیری، درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به «نوروز جنگ» با توجه به فرهنگ حاکم بر نیروهای رزمنده مسلمان کشورمان ارائه شده است. پژوهش بعدی در مورد اختلالات پسیکوژنیک<sup>(۳)</sup> ناشی از جنگ به وسیله دکتر فرید فدائی انجام شده است. این تحقیق در نیمه دوم سال ۱۳۶۰ بر روی ۵۴۷ بیمار که در ارتباط با جنگ بستری شده بودند؛ صورت گرفت. از نتایج به دست آمده از این تحقیق، بیشترین موارد تشخیص را اختلال استرسی پس از ضربه تشکیل می‌دهد.

1 - Fnistin , 1989

۲- راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی است که به وسیله انجمن روانپزشکان آمریکا گرد آوری شده و تحت عنوان DSM نامیده شده است که آخرین آن DSMIII بوده که پس از تجدید نظر و چاپ تحت عنوان DSMIII - R ارائه شده است. (تجدید نظر شده R - Revised)

تحقیقی نیز توسط دکتر مسعود افضلی از بخش روانپزشکی ارتش در سال ۱۳۶۲ بر روی یک نمونه ۶۳ نفری صورت گرفت. نتایج آماری به دست آمده از این پژوهش نشان می دهد که موج انفجار در نقش یک استرس خارجی عمل میکند و واکنشهای متفاوتی را در سربازان به وجود می آورد، ولی اثرات روانی آن با تاخیر ظاهر میشود.

پژوهش دیگری در سال ۱۳۶۵ توسط دکتر محمد صنعتی در بیمارستان روزبه تهران صورت گرفت این تحقیق روی ۳۸ بیمار مبتلا به اختلال استرسی پس از ضربه انجام گرفت. هدف از این بررسی، شناخت تابلوی بالینی این اختلال و نقش واکنش متقابل عوامل سبب شناختی احتمالی در شکل گیری علائم این عارضه بوده است.

#### - روش تحقیق

نوع پژوهشی که مدنظر است پژوهش توصیفی<sup>(۱)</sup> می باشد. هدف اینگونه پژوهشها مطالعه در پراکندگی و سایر مشخصات گروه مورد مطالعه میباشد. این روش اشاره به توزیع پدیده معین دارد و محقق در مورد علت وجودی توزیع به بحث نمی پردازد ولی رابطه وقایع معین را در قسمت یافته ها پیشنهاد می کند.

#### - جامعه تحقیق

جامعه مورد مطالعه رزمندگانی هستند که به علت تجربه ترومای جنگی دچار اختلال استرسی شده اند و به مراکز درمانی اعزام و تحت درمان قرار گرفته اند.

#### - نمونه تحقیق

نمونه مورد بررسی در این مطالعه ۶۲ نفر از افراد بسیجی، سپاهی و ارتشی می باشند که به علت ترومای جنگی یا موج انفجار و یا جراحات فیزیکی و شیمیائی و یا هر دو دچار اختلال استرسی پس از ضربه شده اند و به مراکز درمانی تهران اعزام و پس از تشخیص اختلال PTSD مورد درمان قرار گرفته اند.

**- روش نمونه برداری**

نمونه مورد بررسی به صورت خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده است. ابتدا از کل مراکز درمانی کشور، مراکز درمانی تهران انتخاب شد و سپس از لیست بیمارستانهای نظامی و غیر نظامی به صورت تصادفی از هر کدام یک مرکز انتخاب شده، بیمارستان بقیه اعظم (عج) "نظامی" و بیمارستان نور افشان "غیر نظامی" و وابسته به بنیاد جانبازان می باشد.

**- ابزار پژوهش**

- ۱- پرسشنامه مصاحبه تشخیصی (PTSDM) که به منظور ارزیابی روند تحولی PTSD در مبتلایان به این اختلال به کار رفته است.
- ۲- پرسشنامه شماره یک که مشتمل بر مشخصات فردی، خانوادگی، اقتصادی و ... می باشد.
- ۳- پرسشنامه شماره دو که نگرش بیمار را نسبت به بیماری، خدمات درمانی، خانواده اجتماع و میزان سازگاری و ... مورد بررسی قرار می دهد.
- ۴- مصاحبه با بیمار.
- ۵- پرونده های بالینی موجود در بیمارستان.

**- روشهای تحلیل آماری**

با توجه به اینکه این بررسی توصیفی بوده و نیازی به عملیات و تحلیل آماری گسترده نبوده، لذا برای بررسی تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده؛ به گرفتن جدول توزیع فراوانی، در صد، میانگین و نمودارها اکتفا شد.

با این حال در برخی موارد که هدف آن بررسی رابطه بین بیماری PTSD و فاکتورهای مورد نظر بوده؛ در داده های پیوسته از ضریب همبستگی پیرسون<sup>(۱)</sup> و در داده های گسسته از آزمون کای اسکوئر<sup>(۲)</sup> استفاده شده است.



«یافته‌ها»

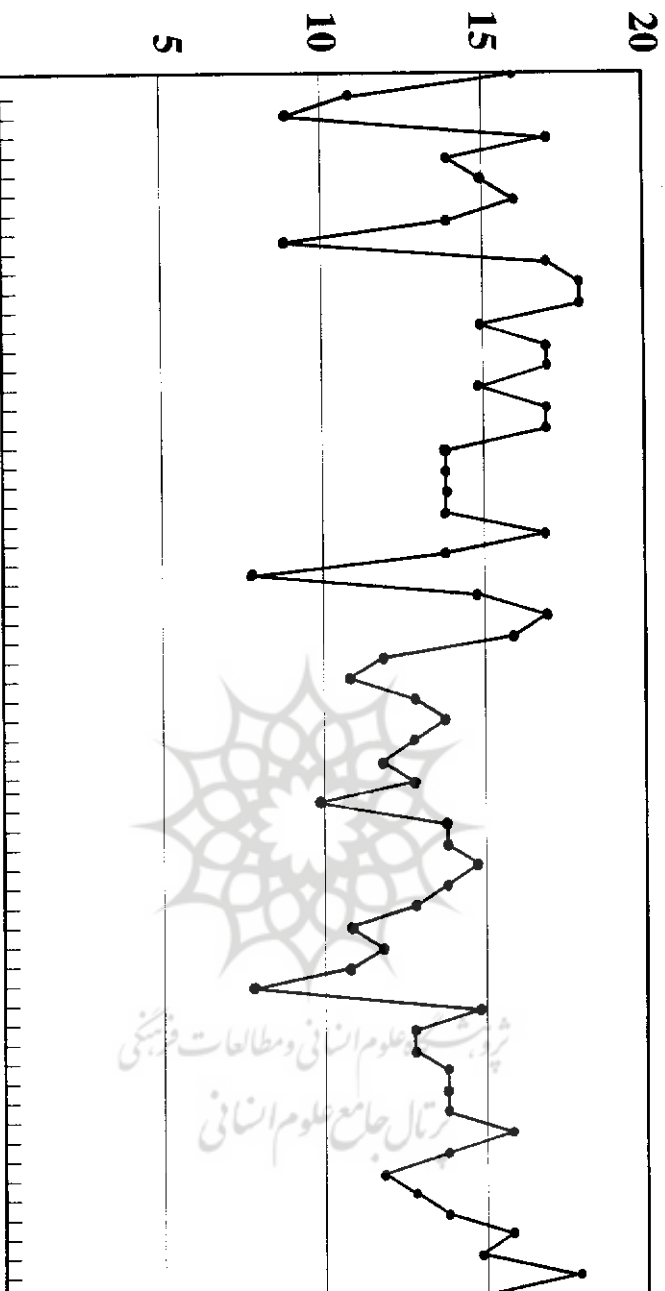
دامنه سنی	۱۵-۲۰	۲۱-۲۵	۲۶-۳۰	۳۱-۳۵	۳۶ بالا
در صد	٪۱/۶	٪۱۷/۷	٪۲۹	٪۲۰/۶	٪۲۱
وضعیت تحصیلی	بیسواد	ابتدائی	راهنمایی	دیپلم	لیسانس و بالاتر
در صد	٪۲/۸	٪۱۴/۵	٪۲۰/۶	٪۳۷/۱	٪۱۱/۲
وضعیت شغلی	بیکار	شغل آزاد	دانشجو	کارگر	کارمند
در صد	٪۲۲/۶	٪۸/۱	٪۳/۲	٪۶/۵	٪۵۹/۷
وضعیت جانبازی	٪۱۵	٪۲۵	٪۳۵	٪۴۵	٪۶۰
در صد	٪۱۶/۲	٪۳۷/۱	٪۲۷/۴	٪۱۱/۳	٪۳/۲
تاهل / رسته نظامی	مجرد	متاهل	بسیجی	سپاهی	ارتشی
در صد	٪۱۷/۷	٪۸۰/۶	٪۴۸/۳	٪۲۱/۷	٪۳۰
سابقه جبهه	تادو سال	چهارسال	شش سال	هشت سال	ده سال
در صد	٪۳۵	٪۳۵	٪۲۰	٪۸/۲	٪۱/۶

جدول ۱

این جدول در صد افراد مورد بررسی را بر حسب دامنه سنی، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، وضعیت جانبازی، سابقه جبهه، وضعیت تاهل، و رسته نظامی معرفی میکند. به منظور بررسی معنی دار بودن رابطه بین شدت بیماری PTSD و فاکتورهای قید شده از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر است:

- بین شدت بیماری PTSD و سن بیماران ضریب همبستگی ۱۵٪ می باشد. این رابطه مستقیم و ضعیف است.
- بین شدت بیماری PTSD و وضعیت تحصیلی ضریب همبستگی ۱۵٪ می باشد که این رابطه معکوس و ضعیف می باشد.
- بین شدت بیماری PTSD و در صد جانبازی ضریب همبستگی ۲٪ می باشد که این رابطه مستقیم و ضعیف است.

نمودار دایکون توزیع افراد مورد بررسی از نظر شدت بیماری  
بر اساس نمره‌های که از مقیاس PTSD اخذ نموده‌اند.



افراد مورد مطالعه  
Series 1

به نحوی که مشاهده می‌شود  
۸٪ از افراد مورد مطالعه از  
مقیاس PTSD کمتر از ۸ نمره  
گرفته بنابراین فاقد اختلال  
PTSD می‌باشند.  
۵۱٪ بین ۱۰ تا ۱۵ نمره  
گرفته که به منزله وجود علائم  
خفیف این بیماری است.  
۴۰٪ از ۱۵ به بالا نمره  
گرفته که حاکی از شدت  
اختلال در افراد مورد مطالعه  
می‌باشد.

- بین شدت بیماری PTSD و سابقه حضور در جبهه ضریب همبستگی ۶٪ می باشد که این رابطه معکوس و نسبتاً قوی می باشد؛ یعنی هر چه مدت جبهه کمتر بود، شدت بیماری بیشتر است.  
رابطه بین شدت بیماری و وضعیت شغلی و تاهل ورسته نظامی نیز رد شد.

رابطه شدت اختلال برحسب نمره و عوامل کلی PTSD

فقدان اختلال	شدت اختلال بر حسب نمره			عوامل کلی PTSD
	۸-۱۱ خفیف	۱۲-۱۵ متوسط	۱۶-۱۸ شدید	
٪۱/۶	۰	۰	٪۹۸	عامل A (تجربه تروما)
۰	٪۱۳/۱	٪۵۹	٪۲۶/۲	عامل B (تجربه مجدد تروما)
٪۶/۵	٪۱۲/۹	٪۴۸/۴	٪۳۰/۷	عامل C (اجتناب از محرکهای مربوط به تروما)
٪۱/۶	۰	٪۴۵/۲	٪۵۱/۶	عامل D (بروانگیختگی)

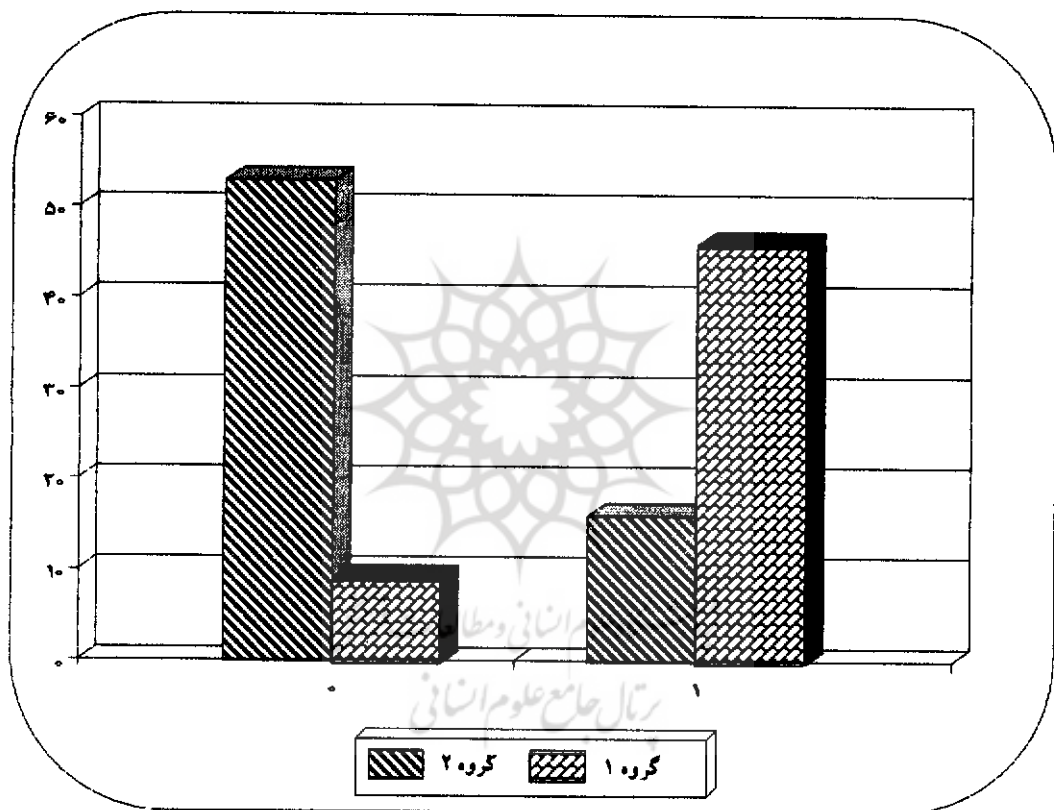
جدول ۲- شدت بیماری بر حسب عوامل چهار گانه PTSD را نشان دهد.  
در عامل A، ۹۸٪ افراد شدید و ۱/۶٪ فاقد تجربه تروما می باشند.  
در عامل B، ۲۶/۲٪ افراد شدید و ۵۹٪ متوسط و ۱۳/۱٪ ضعیف می باشند.  
در عامل C، ۳۰/۷٪ افراد شدید و ۴۸/۴٪ متوسط و ۱۲/۹٪ ضعیف و ۶/۵٪ فاقد ملاک می باشند.  
در عامل D، ۵۱/۶٪ شدید و ۴۵/۲٪ متوسط و ۱/۶٪ فاقد ملاک می باشند.

جدول ۳- وضعیت افراد مورد بررسی بر حسب معیارهای هیجده گانه R - DSMIII را مستقلاً مورد بررسی قرار می دهد .

معیارهای تشخیصی PTSD			فراوان	درصد	انحراف معیار
عوامل	سئوالات				
تجزیه تروما	A	۱	۶۱	٪۹۸/۴	۰
	B1	۲	۶۱	٪۹۸/۴	٪۱۲۷
تجربه مجدد	B2	۲	۵۶	٪۹۰/۳	٪۲۹۸
	B3	۴	۵۴	۱۸۷/۱	٪۳۳۸
تروما در خواب و بیداری	B4	۵	۳۱	٪۵۰	۱۲/۵۱
	C1	۶	۵۰	٪۸۰/۶	۱۲/۴۷
اجتناب مستمر از محرکهای مربوط یا مشابه تروما	C2	۷	۴۲	٪۶۸/۷	۱۲/۵۵
	C3	۸	۱۳	٪۲۱	۱۲/۵۵
	C4	۹	۴۷	٪۷۵/۸	۱۲/۴۸
	C5	۱۰	۴۳	٪۶۹/۴	٪۴۶۵
	C6	۱۱	۴۹	٪۷۹	۱۲/۴۷
	C7	۱۲	۴۰	٪۶۴/۵	۴۰/۲۹
برانگیختگی مستمر و شدید	D1	۱۳	۶۰	٪۹۶/۸	۱/۷۸
	D2	۱۴	۴۹	٪۷۹	۴/۱۰
	D3	۱۵	۵۶	۹۰/۳	۱/۲۹۸
	D4	۱۶	۵۷	۹۱/۹	۱/۲۷۵
	D5	۱۷	۶۲	٪۱۰۰	۰
	D6	۱۸	۳۹	٪۶۲/۹	۱/۵۱۰

عامل A (تجربه تروما) سئوال ۱-؛ عامل B (تجربه مجدد تروما در خواب و بیداری) سئوالهای ۲ الی ۶؛ عامل C (اجتناب از محرکهای مربوط به یا مشابه تروما از سئوالهای ۶ الی ۱۳؛ عامل D (برانگیختگی مستمر و شدید) از سئوالهای ۱۳ الی آخر را شامل می گردد.

## نمودار شماره یک



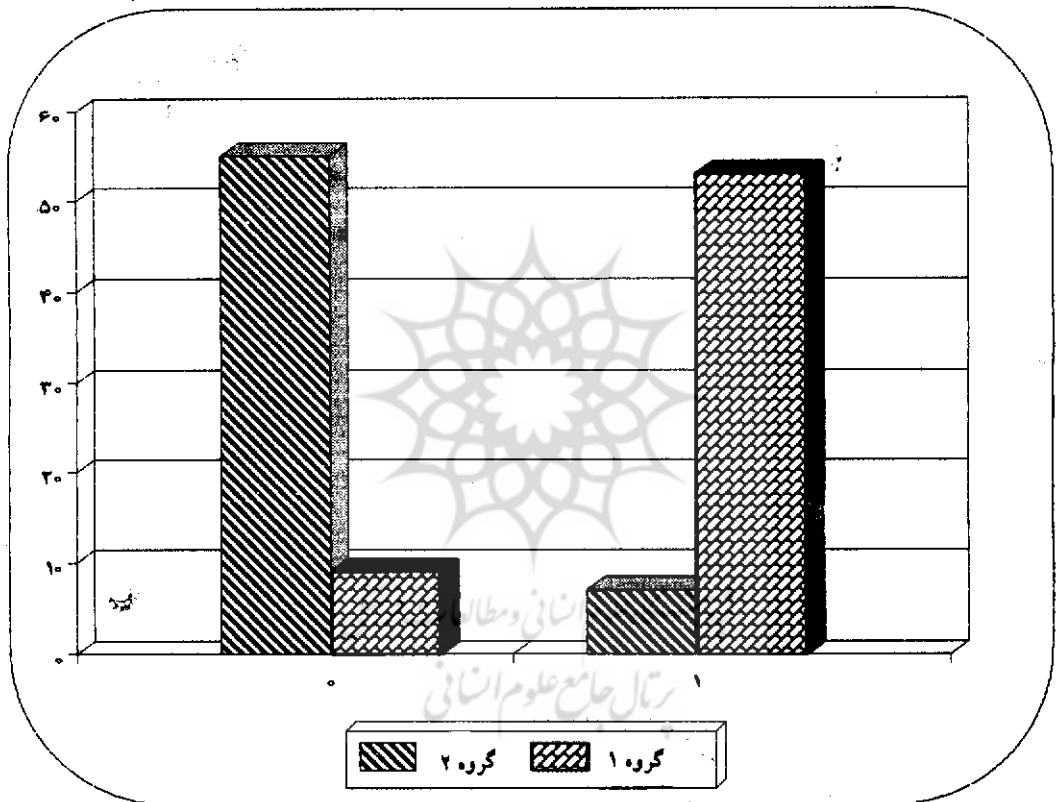
نمودار هیستو گرام مقایسه‌ای در دو حالت مراجعه و ترخیص در خصوص علامت تحریک پذیری بیمار باشد.

چنانچه مشاهده می شود:

۹ نفر (۱۴/۵٪) از افراد مورد بررسی به هنگام مراجعه فاقد علائم تحریک پذیری بوده ولی به هنگام ترخیص این تعداد به ۴۶ (۷۴/۲٪) می رسد.

و تعداد ۵۳ نفر (۸۵/۵٪) به هنگام مراجعه واجد علائم تحریک پذیری بوده ولی هنگام ترخیص به ۱۶ نفر (۲۵/۸٪) تقلیل می یابد.

## نمودار شماره دو



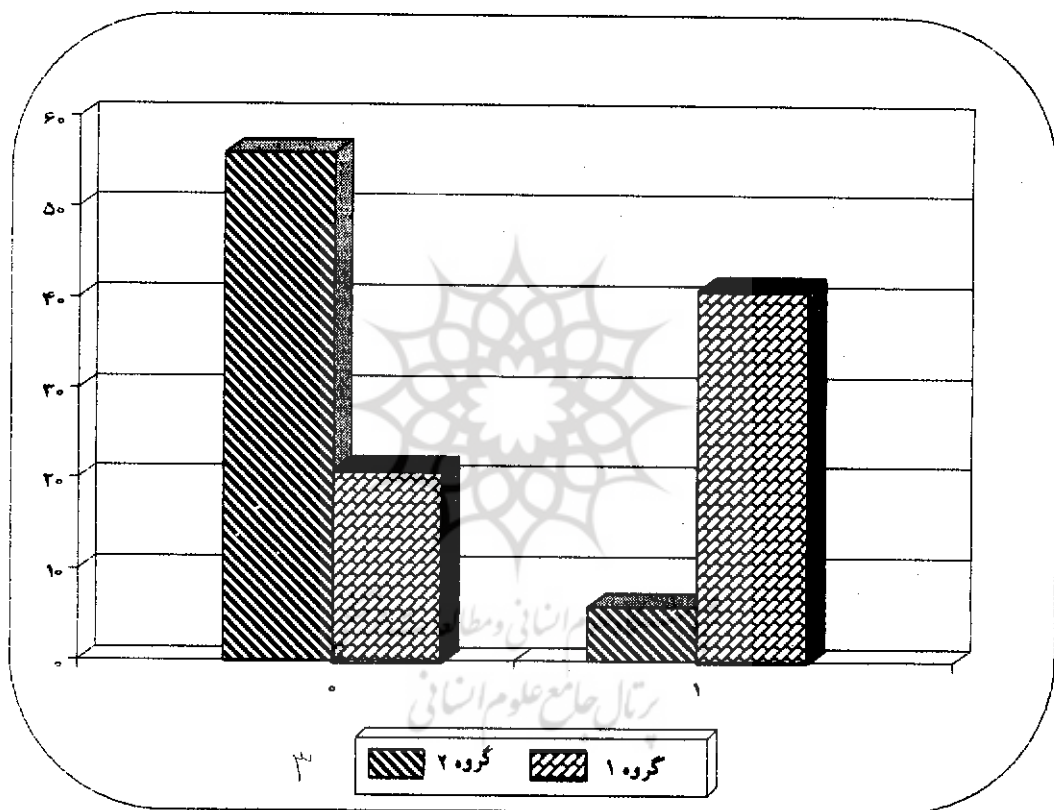
نمودار هیستوگرام مقایسه‌ای بین علائم اضطرابی درد و موقعیت زمان مراجعه و زمان ترخیص.

چنانچه مشاهده می‌شود:

به هنگام مراجعه ۹ نفر فاقد علائم اضطرابی بوده.

۵۳ نفر واجد علائم اضطرابی ولی به هنگام ترخیص ۵۵ نفر فاقد علائم اضطرابی و ۷ نفر واجد علائم اضطرابی بوده.

## نمودار شماره سه



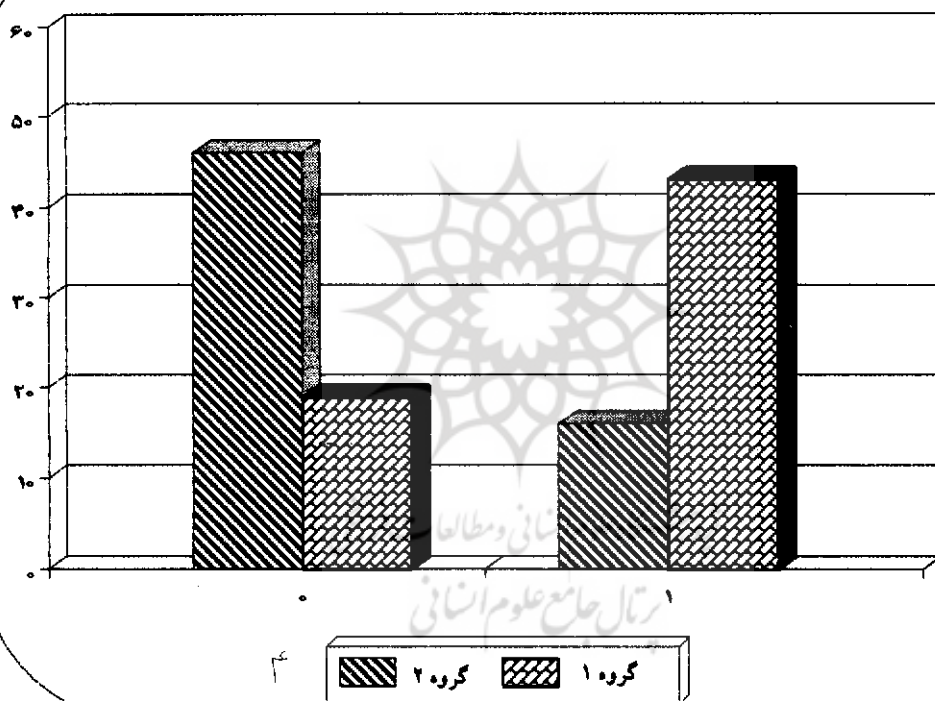
نمودار هیستوگرام مقایسه‌ای علائم پرخاشگری در دو زمان مراجعه و ترخیص در بیماران می باشد.

چنانچه مشاهده می شود:

از جهت علائم پرخاشگری هنگام مراجعه ۴۱ نفر واجد علائم پرخاشگری ولی در هنگام ترخیص فقط ۶ نفر بعضی علائم را نشان داده .

به هنگام مراجعه فقط ۲۱ نفر فاقد علائم پرخاشگری بوده و هنگام ترخیص ۵۶ نفر فاقد علائم پرخاشگری بوده .

## نمودار شماره چهار



نمودار هیستوگرام مقایسه‌ای در دو موقعیت مراجعه و ترخیص بر حسب علائم اتونومیک.

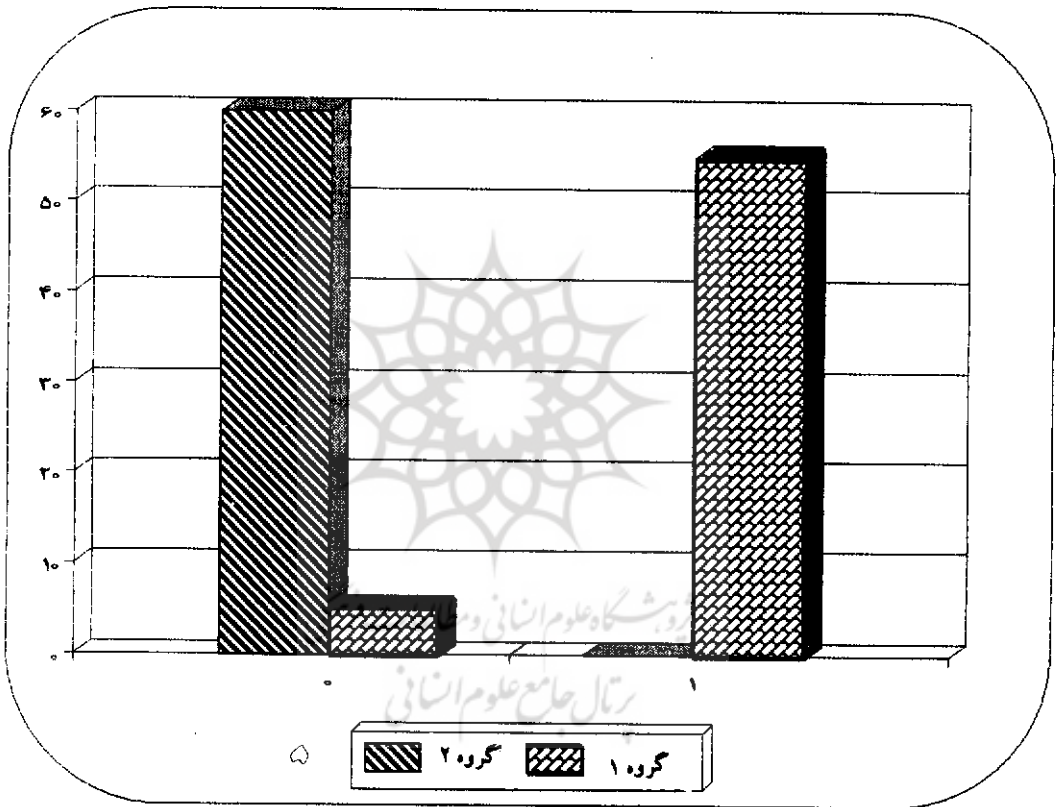
چنانچه مشاهده می‌شود:

به هنگام مراجعه فقط ۱۹ نفر فاقد علائم اتونوم بوده ولی هنگام ترخیص این رقم به ۴۶ نفر میرسد.

به هنگام مراجعه ۴۳ نفر واجد علائم اتونوم بوده ولی هنگام ترخیص به ۱۶ نفر تقلیل می‌یابد.



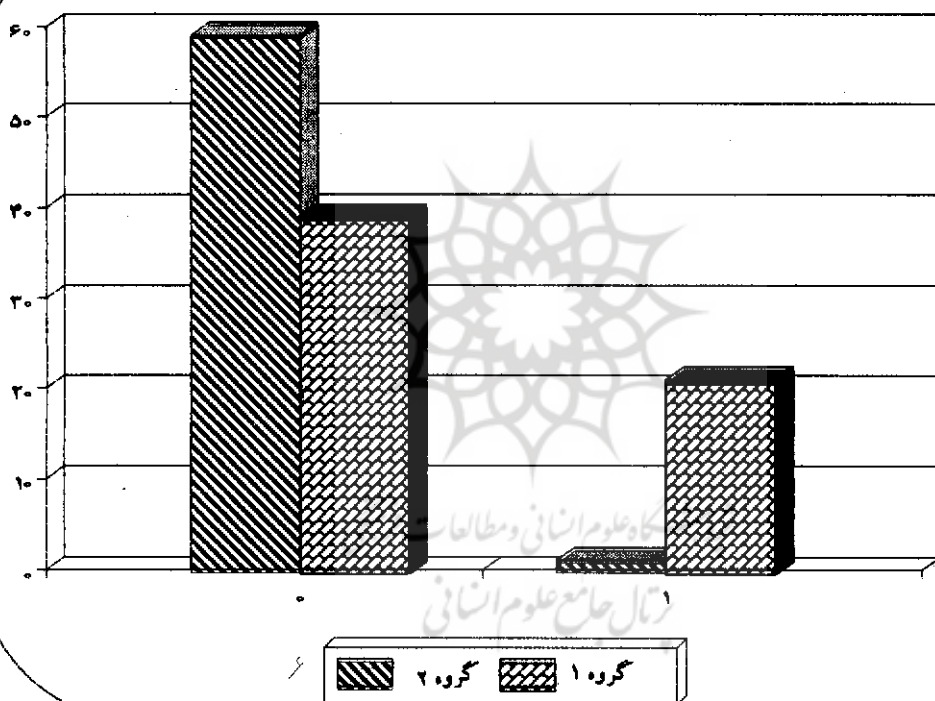
## نمودار شماره پنج



نمودار هیستوگرام مقایسه ای است بین دو موقعیت در زمان مراجعه و ترخیص بر حسب علائم مربوط به سازگاری که در پرونده بالینی بیمار ثبت شده. چنانچه مشاهده می شود:

فقط ۵ نفر (۳/۸٪) از افراد مورد بررسی به هنگام مراجعه فاقد علائم مربوط به سازگاری بوده ولی در زمان ترخیص این رقم به ۶۰ نفر (۸/۹۶٪) افزایش می یابد. ۵۵ نفر (۷/۹۱٪) به هنگام مراجعه و اخذ علائم تمرکز بوده ولی در هنگام ترخیص به صفر تقلیل می یابد.

## نمودار شماره شش



نمودار هیستوگرام مقایسه ای است بین دو موقعیت مراجعه و ترخیص در خصوص رفتار آسیب رساندن به اشیاء.

چنانچه مشاهده می شود:

۳۹ نفر (۶۵٪) به هنگام مراجعه فاقد این علامت بوده که در هنگام ترخیص این تعداد به ۱ نفر تقلیل می یابد.

۲۱ نفر (۳۵٪) به هنگام مراجعه واجد این علامت بوده که در هنگام ترخیص به ۵۹ نفر

(۹۸/۳٪) افزایش می یابد.

## نتیجه گیری

۹۲٪ از افراد مورد بررسی همچنان به اختلال PTSD مبتلا هستند، که از این تعداد ۵۱/۶٪ علائم نسبتاً خفیف تری و ۴۰/۴٪ علائم شدیدی را از خود نشان می دهند. نتایج حاصله در این پژوهش با آنچه که توسط بیتمن آرکا<sup>(۱)</sup>، آلتمن بی<sup>(۲)</sup>، مک ایمین ام ال<sup>(۳)</sup> و زیس آر<sup>(۴)</sup> و دیکمن<sup>(۵)</sup> در سال ۱۹۸۹ به دست آمده، مبنی بر اینکه ۴۰٪ از افراد مبتلا به PTSD تا آخر عمر دارای این تشخیص میباشند و ۸۱٪ از معیارهای PTSD را همچنان حفظ می کنند و این اختلال تا چهل سال بعد از جنگ باقی می ماند؛ مشابهت دارد.

از نتایج حاصله، اینگونه می توان نتیجه گیری کرد که این بیماری با گذشت زمان میل به مزمن شدن دارد و جلوگیری از تثبیت این بیماری مستلزم تبیین و پیش بینی سیستم درمان موثرتری میباشد که در تحقیق دکتر مرتضی مهاجر و دکتر یاسمن متقی پور در سال ۱۳۶۲ بدست آمده است.

سیمای بالینی افراد PTSD به نحوی که ۵۸/۵٪ تحریک پذیر، ۳۵٪ صدمه به اشیاء، ۷۳/۲٪ عدم تمرکز حواس، ۶۷/۷٪ اقدامات مضر سلامتی تروما، ۸۹٪ تجربه مجدد تروما در خواب و بیداری، ۹۲٪ اجتناب مستمر از محرکهای مربوط مشابه به تروما، ۹۸٪ برانگیختگی مستمر و فعالیت شدید اتونوم، ۸۶/۷٪ کابوس شبانه، ۶۶/۱٪ پرخاشگری و ۸۷/۱٪ واجد احساس نیاز به ادامه درمان، ۵۰٪ نگرش منفی به خدمات درمانی دریافت داشته، ۹۱/۱٪ فاقد سابقه بیماری روانی خود و خانواده می باشند. مشخص شده اند.

با توجه به موارد فوق می توان نتیجه گرفت که سیمای بالینی افراد مبتلا به PTSD متنوع و بر حسب شدت بیماری نوسان دارد و بین شدت بیماری و وفور علائم، رابطه وجود دارد و تحقیقاتی که توسط آقایان دکتر محمد رضا محرر، مرتضی مهاجر، دکتر سید کاظم علوی فاضل، دکتر محمد صنعتی در داخل کشور و تحقیقاتی که توسط آقایان

1 - Bitman Arka

2 - Altman . B

3 - Mc iemin M . L

4 - Zace R

5 - Dicman

فادرس یام س<sup>(۱)</sup>، مندلین سالوا<sup>(۲)</sup>، یلیچ آو<sup>(۳)</sup>، ارساند آرچی<sup>(۴)</sup> در سال ۱۹۹۰ صورت گرفت، نتایج حاصله را نیز تأیید کرد.

رابطه بین بیماری PTSD و سن، اشتغال، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع رسته نظامی رد شد. ولی بین شدت بیماری PTSD و مدت حضور در جبهه کمتر بوده و احتمال وجود PTSD و شدت آن بیشتر است.

تحقیقاتی که توسط آقایان دکتر حمدیه در سال ۱۳۶۵ و ایراما و هاروس<sup>(۵)</sup>، بویرتس و برزنجی<sup>(۶)</sup> در سال ۱۹۹۰ صورت گرفت نتایج حاصله در این پژوهش راتائید کرد. بنابر این میتوان نتیجه گیری نمود که احتمالاً حضور مستمر در جبهه و شرایط جنگی مشروط بر آنکه در آغاز حضور، تجربه تروما حاصل نشود موجب انطباق و سازگاری فرد با شرایط استرس زای جبهه میشود، زیرا جبهه بخشی از زندگی فرد میشود و آستانه تجربه تروما افزایش می یابد.

تحقیقی که توسط دکتر سید کاظم علوی فاضل صورت گرفت تأییدی بر این مطلب بود که کمی تجربه رزمی موجب آسیب پذیری رزمندگان می شود.

رابطه بین شدت بیماری و در صد معلولیت در حد ۲٪ است که ضعیف می باشد.

نکته قابل ذکر اینکه افراد PTSD معمولاً یا به عنوان جانباز محسوب نمی شوند و یا کمتر از ۲۵٪ جانباز محسوب میشوند و این امر موجب محرومیت از حمایت‌های بنیاد جانبازان میشود که تبعات منفی در پی دارد.

۴۳/۵٪ از افراد مورد بررسی دارای رفتار قطع دارو می باشند و به دستورات پزشک بی توجهی می کنند که این نتیجه با تحقیق «ریس اس سی» در سال ۱۹۹۰ مطابقت دارد. ۸۷/۱٪ از افراد مبتلا احساس نیاز به ادامه درمان و ۵۰٪ نگرش منفی نسبت به خدمات درمانی دریافت داشته؛ دارند و البته رابطه بین شدت بیماری و احساس نیاز به ادامه درمان رد شد و نتایج حاصله با آنچه که در تحقیق ساندریکا<sup>(۷)</sup> (۱۹۹۰) به دست آمد

1 - Fadres . Yam .S

2 - Mendlin Salova

3 - Yelich Awe .

4 - Ersand R . G

5 - Airama & Harves

6 - Boirets & Berzenti , 1990

7 - Sandrika , 1990

مشابهت دارد.

۹۱/۷٪ فاقد سازگاری هستند که این نتیجه با آنچه که به تحقیقات تست سی، استرس مرچی کولک پی آ، وان<sup>(۱)</sup> در سال ۱۹۸۹ و سلمان زد<sup>(۲)</sup> در سال ۱۹۸۹ به دست آمده؛ مطابقت دارد.

۹۸/۴٪ واجد ملاک A (تجربه تروما)، ۱۰۰٪ واجد حداقل یک ملاک از عامل B (تجربه مجدد تروما)، ۹۱/۹٪ واجد حداقل سه ملاک از عامل C (اجتناب از محرکهای مربوط به تروما) و ۹۸/۴٪ واجد حداقل سه ملاک از عامل D (برانگیختگی شدید و مستمر) بر اساس DSM III - R می باشند.

این نتیجه، همگرایی بین معیارهای DSM III - R و نشانگان PTSD را مورد تأیید قرار می دهد.

تحقیقی که توسط چارلز واتسون<sup>(۳)</sup> بر روی ارتش ویتنام در سال ۱۹۸۹ و ۱۹۹۱ صورت گرفت این همگرایی را با آلفا ۹۲٪ مورد تأیید قرار داد. تحقیق آدر سال ۱۹۸۹ نتایج به دست آمده را مورد تأیید قرار دادند و معیارهای DSM III را برای تشخیص اختلال PTSD و تغییرات DSM III - R را در این خصوص تأیید کرده اند.

۹۱/۹٪ از افراد مورد بررسی، فاقد سابقه بیماری روانی خود و فامیلی و خانواده بودند که با نتیجه تحقیق آقای دکتر حمدیه در سال ۱۳۶۵ مطابقت داده شدند. ۸۹٪ دارای علائم برانگیختگی شدید می باشند که با نتیجه تحقیق مک فال می<sup>(۴)</sup> در سال ۱۹۹۰ مشابهت دارد.

### - منابع فارسی -

- جلیلی - احمد - داویدیان - پژوهشی در مورد بیماریهای روانی ناشی از جنگ، مجله نظام پزشکی سال هشتم شماره ۵ صفحه ۳۱۳ - ۲ و ۳، سال ۱۳۶۱

1 - C . Test Stress ; Merchi , kolk P . A . VAN , 1989

2 - Solomon , Z , 1989

3 - Charlse Watson 1989 , 1991

4 - McFall ME , 1990

- علوی فاضل - سید کاظم - عوارض روانی جنگ در سپاهان مسلمان ایرانی ، مجله علمی پزشکی دانشگاه شهید چمران ۱۳۶۵  
 - فدائی - فرید - روانپزشکی و جنگ انتشارات رز تهران ۱۳۴۶ صفحه ۱۵  
 - صنعتی - محمد بیماریهای ارگانیک و اختلالات نبرد حاد بیماریهای روز به تهران ۱۳۶۵

### - منابع انگلیسی

- 1 - Feinstein A .AM - Journal Psychiatry 1989 May 146 ( 5 ) p665 - 6 .
- 2 - Mcfall ME . Mxdxy M . M . KOGN . VeithRC Biol Psychi , atvy 1990 May 15 - 27 ( 10 ) p - 1165 - 75 .
- 3 - Mcfall ME . Smit DE , Rroszell DK Tavveroj Malaskl - AM - journal Psychiatry 1990 may 17 (5) . p 645 - 8
- 4 - Mccaffvey Rj . Hickling Ej Mavvazomj Jornal clin , psychol 1989 Jan 45( 7 ) p 72 - 6 .
- 5 - Pitman Rk - Vanden kolk BA - orrsp Green bery Ms . Arch Gien psychiatry 1990 jan 47 ( 6 ) p . 541 - 4 .
- 6 - Pitman Rk - AK - Altman B . Macklinl AM Jornal psych - iatry 1989 May 146 (5) p . 667 - 9 .
- 7 - Ramsay R . Journal Psychosom Res 1990 34 ( 4 ) p 355 . 65
- 8 - Risse sc , Whitevs a , Bwkej Chens Scavfield MA . jchin psychiatry 1990 May 51 ( 5 ) p . 206 - 9
- 9 - Solomon z . MikalincerN . HaBersham . N Journal Me . d psychol 1990 Jan 63 ( pT2 ) p . 737 - 48 .
- 10 - Solomon z . Mikalincer M . Br Journal clin psychol - 1989 - May ( Pt 2 ) p . 737 - 44 .
- 11 - Sandrichkk . Hospitals 1990 Jan5 64 ( 11 ) : p44 - 5 .